



PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

sud.mutualite.fr

FICHE D'INSCRIPTION DES PARTICIPANTS ATELIER EQUILIBRE

Lieu :

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Téléphone Fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone Mobile |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail :

Je m'engage, par mon inscription à cet atelier à suivre toutes les séances prévues par le protocole.

En cochant cette case, j'accepte d'être recontacté(e) par le service prévention et promotion de la santé de la Mutualité Française Sud pour être informé(e) sur les actions de prévention à venir sans démarche commerciale.

En cochant cette case, j'accepte d'être recontacté(e) par le service prévention et promotion de la santé de la Mutualité Française Sud à des fins d'enquêtes et/ou d'évaluation sans démarche commerciale.

En cochant cette case, j'accepte d'être recontacté(e) par la Mutualité Française Sud pour recevoir des informations santé sans démarche commerciale.

Fait le :

Signature :